

基于适宜技术理论的双 DRG 绩效管理模式的探究*

——姚月宁¹ 鲍伟² 董四平³ 肖一鸣² 刘颜¹ 钟婉婷⁴ 罗斌⁵ 易子乐⁶ 陈芸¹
成思¹ 陈先祥^{7*} 许昌^{1*}

【摘要】 DRG 广泛应用于医保支付和绩效评价,能够促进医疗服务的透明性和公平性。在国内实践过程中,衍生出不同 DRG 版本。基于适宜技术理论,同时采用 C-DRG 和 CN-DRG 进行绩效管理,将 C-DRG 用于医保支付, CN-DRG 用于绩效评价,并应用智能绩效管理系统实现数字化运营管理。双 DRG 的绩效管理能够兼顾医院内部管理和外部支付,在提高医院运营效率的同时,实现降本增效。

【关键词】 C-DRG; CN-DRG; 绩效管理; 医保支付

中图分类号: R197

文献标识码: B

Exploration of Dual DRG Performance Management Mode Based on Appropriate Technology Theory/YAO Yuening, BAO Wei, DONG Si-ping, et al.//Chinese Health Quality Management, 2024, 31(4): 73-77

Abstract Diagnosis Related Groups (DRG) is widely used in medical insurance payment and performance evaluation, which can promote the transparency and fairness of medical services. In the process of domestic practice, different DRG versions had been derived. Based on the theory of appropriate technology, both C-DRG and CN-DRG were used for performance management, C-DRG was used for medical insurance payment, CN-DRG is used for performance evaluation, and intelligent performance management system was applied to realize digital operation management. The dual DRG performance management mode can take into account the internal management and external payment of the hospital, improve the operating efficiency of the hospital, and achieve cost reduction and efficiency increase.

Key words C-DRG; CN-DRG; Performance Management; Medical Insurance Payment

First-author's address Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen, Guangdong, 518036, China

1 背景

在传统按项目付费制度下,医生绩效与科室运营情况挂钩,呈现出以业务为主导,将医师工作量与科室营收挂钩的绩效考核方式。这种粗放式的绩效管理会导致过度医疗,导致医疗费用增长过快,出

现“看病贵”的问题^[1]。为保障公立医院公益性,2015年,国务院办公厅印发《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发〔2015〕38号),部分医院管理层开始意识到,医院运营管理应以正确的绩效服务导向为抓手,在充分激发医务人员工作积极性的同时,重视医疗

质量与患者安全,有效监督医疗行为,从而兼顾医院的公益性与经济性^[2]。当前,公立医院绩效考核已逐渐向更加重视医疗服务的安全性、有效性、经济性等方向转变,由此引入了疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups, DRG)等更为科学的绩效考核工具^[3]。

DOI: 10.13912/j.cnki.chqm.2024.31.4.15

* 基金项目:广东省卫生经济学会科研项目基金(编号:2022-WJMF-25);深圳市卫生经济学会科研项目基金(编号:202265);武汉市医学科研项目(公共卫生政策类)(编号:WG21A04)

姚月宁¹ 鲍伟² 董四平³ 肖一鸣² 刘颜¹ 钟婉婷⁴ 罗斌⁵ 易子乐⁶ 陈芸¹ 成思¹ 陈先祥^{7*} 许昌^{1*} 通信作者:陈先祥 许昌

1 北京大学深圳医院 广东 深圳 518036 2 清华大学医院管理研究院 广东 深圳 518055

3 国家卫生健康委医院管理研究所 北京 100044 4 珠海市人民医院(暨南大学附属珠海医院) 广东 珠海 519050

5 武汉雕龙医疗数据服务股份有限公司 湖北 武汉 430073 6 深圳国际交流书院 广东 深圳 518043

7 武汉市肺科医院 湖北 武汉 430030

国内各地区基于不同的管理目标与应用场景,开发出不同分组规则的 DRG,如 CN-DRG、C-DRG、CR-DRG、CHS-DRG 等,其关键区别在于疾病的基础分组方式(分组器)不同。其中,CN-DRG 使用国际通用的 ICD 编码,解决了因疾病诊断名称不同而造成的医疗纠纷问题,更符合医院对实际临床疾病收治难易程度或诊疗价值的评估与判断^[4];而 C-DRG 则应用我国医疗卫生诊断与操作术语集内容作为分组依据,并以全国性的分组和权重测算标准库,充分发挥经济杠杆作用,更精准地衡量了各项经济成本消耗,使医院与医保支付联系更加紧密^[5]。基于精细化管理视角,提出切合实际的优化方案是现代医院管理的核心内容。在这一过程中,医院应根据实际管理情境,选择适宜的 DRG 工具。本研究阐述了医院 B 基于适宜技术理论,分别对外部医保支付与内部绩效考核应用不同版本 DRG,探索双 DRG 绩效管理模式的模式。

2 理论基础

适宜技术理论也称“技术适宜性理论”,最早应用于经济学领域。起初是由 Parente SL 和 Prescott EC 两位学者提出:“不同国家在采用技术时面临着不同的障碍,造成了技术进步上的差异,应从本国本地区实际出发,综合考虑多方面目标选择某种发展目标”^[6],因而主张“用适宜的技术解决对应的问题,从而有效缩短发展历程,并减少发展所需的经济资源消耗以及其他负面影响”。这一概念类似于“因地制宜”,旨在鼓励技术应用主体通过引进适宜技术来解决实际问题。这一理论可以迁移到解决 DRG 应用问题中。如:我国各地区医院在发展历程、客

观环境、管理制度等方面存在差异,在推行 DRG 时应结合实际选择适宜的版本,充分发挥 DRG 的医疗绩效评价与医保付费功能。

医院推行 DRG 付费后,将实际产能、服务效率、医疗质量、收支控费等维度指标纳入医生绩效体系,医生收入从仅重视创造收入的增量时代转向全面成本管控的阶段。若医院 DRG 支付与绩效管理机制设计不合理,则不能科学衡量临床的诊疗价值,这势必将导致医疗服务行为的异化。最显著的情况是:医院绩效考核若多以经济层面指标为导向,忽略临床价值与医疗风险,可能会刺激医务人员采取“低码高编”行为,形成潜在的医疗经济风险^[7]。因此,医院管理者需要结合自身的发展战略,因地制宜,选择并应用合适版本 DRG,同时引入 DRG 绩效评价核心指标,制订科学的绩效考核方案,以满足临床实际需求,实现科学分配并保障医疗服务质量,切实提高卫生服务综合绩效水平。

3 双 DRG 绩效管理模式的模式

3.1 建立基于 CN-DRG 和 C-DRG 的绩效管理模式的模式

医院 B 为深圳市某三级公立医院,2015 年开始推行 CN-DRG 绩效分配机制,并将相关数据上传至广东省卫生健康委政务中心数据平台,接受全省公立医院绩效考核评价。2020 年,CN-DRG 被正式纳入院内绩效考核办法并形成管理制度,并沿用至今。C-DRG(即《全国按疾病诊断相关分组收付费规范》)在福建三明试点推行后,于 2019 年 6 月开始在该院所在城市推广,该院与其他 8 家市属公立医院共同纳入 C-DRG 付费试点医院。该院在政策执行前进行了详细的分析研究,

清楚地认识到:C-DRG 作为具有中国特色的代表性 DRG 系统,其两大基础工具分别为中国临床疾病诊断规范术语集(Chinese Clinical Diagnosis Terminology,CCDT)与中国医疗服务操作分类编码(Chinese Classification of Health Interventions,CCHI),这与其他版本 DRG 以国际通用的 ICD 编码完全不同,旨在强调以“本土化”经验进行分组。因此,相较于其他版本的 DRG,C-DRG 更加符合中国国情,能够反映国内真实的疾病严重程度与资源消耗,更加有利于医保支付。鉴于此,经院内外 DRG 专家共同商议,决定将经济价值敏感度更好的 C-DRG 作为医保支付工具,而 CN-DRG 与临床结合更紧密,则用于院内绩效分配。由此,该院根据医保支付与绩效评价两大功能划分,对应采用 C-DRG 与 CN-DRG,形成了基于双 DRG 的绩效管理模式的模式(图 1)。

3.2 全面绩效考核与医保支付管理

在院内绩效管理方面,该院在 2020 年引入智能绩效考核自评系统,采用国家统一的 CN-DRG 分组器对每月出院病例进行分组,并以所在省卫生健康委定期发布的各 DRG 组相对权重(RW)、风险值等数据为标准,从医疗能力、服务效率、质量安全等维度对“院-科-组”三级数据进行分析,将临床业务数据与绩效考核数据结合,建立了一套基于信息化、管理需求而不断迭代更新的全面绩效考核指标体系(图 2)。

为更好地管理医院实际运营与收支,满足当地医保经办机构要求,该院使用 C-DRG 作为支付工具,同时绩效系统也可使用 C-DRG 分组器,这有利于医院科室优化医疗服务内容,调整病种/病组结构,为科室绩效分配争取更大空间。C-DRG 数据来源于全国性的分组和权



图 1 双 DRG 智慧绩效管理模式

重测算标准库,这是由财务司牵头设立的全国医疗服务价格与成本监测研究平台,可以实现价格成本的统一口径评价。因此,C-DRG 可以在 CN-DRG 院内绩效合理分配的基础上,充分发挥经济杠杆作用,使医疗收入结构更趋于合理。

3.3 智能化绩效管理

该院绩效管理运营系统通过互联网技术,智能抽取、清洗和校验源自 HIS、EMR、LIS、PACS、HRP、电子病案、护理管理、体检、固定资产和医疗专项等数据,融合医院业务绩效核心评价要素,建立多维数据架构和数据交互中心,以克服系统结构差异、传统单体架构的局限性,达到信息互联互通、系统运作准确高效的目的。这使医生行为与医院、医保利益相一致,通过数据监测

分析和智能化管理,对医生、护士、医技人员等开展个性化考核。医院 B 的绩效管理从单纯的分配工具逐渐向管理工具的方向转变,有效推进绩效的提升和改进,实现精细化、智慧化管理。

图 3 为该院智能绩效管理系统核算流程。各系统围绕该院绩效工作主线,统一规划,高度集成,最终形成基于绩效管理的运营体系,从而实现绩效考核结果实时展示、分析以及功能提醒,以图文并茂的形式、简单便捷的操作实现精细化管理。其功能模块主要包含“院一科一组”三级医疗单元绩效评价、部分国考指标、DRG 绩效、医疗专项绩效、医疗成本核算、绩效数据监测分析等。同时,工作量绩效运营体系的最小颗粒度可达个人(如单个医生、护士、医技人员);通过绩效结果

4 成效

该院自 2020 年使用智能绩效管理系统以来,医院运营效率、医疗服务质量不断提升(表 1),CMI 值由 2019 年的 1.35 提升至 2021 年的 1.46,平均住院日由 6.89 d 缩短至 5.77 d,药占比呈下降趋势,不仅为更多患者提供了高品质的医疗服务,还控制了医疗费用,实现降本增效。该院在 2019 年国家三级公立医院绩效考核中排名全国第 63 名,2021 年上升至第 53 名。同时在广东省公立医院绩效考核中,CMI 值连续 6 年位居全省前十、所在市第一。经过 2019 年—2021 年的支付管理优化,该院的收支情况良好,医保支付额度逐步提升,由 2020 年 12.54 亿元增长至 2021 年的 16.03 亿元。



图 2 全面绩效考核指标体系框架

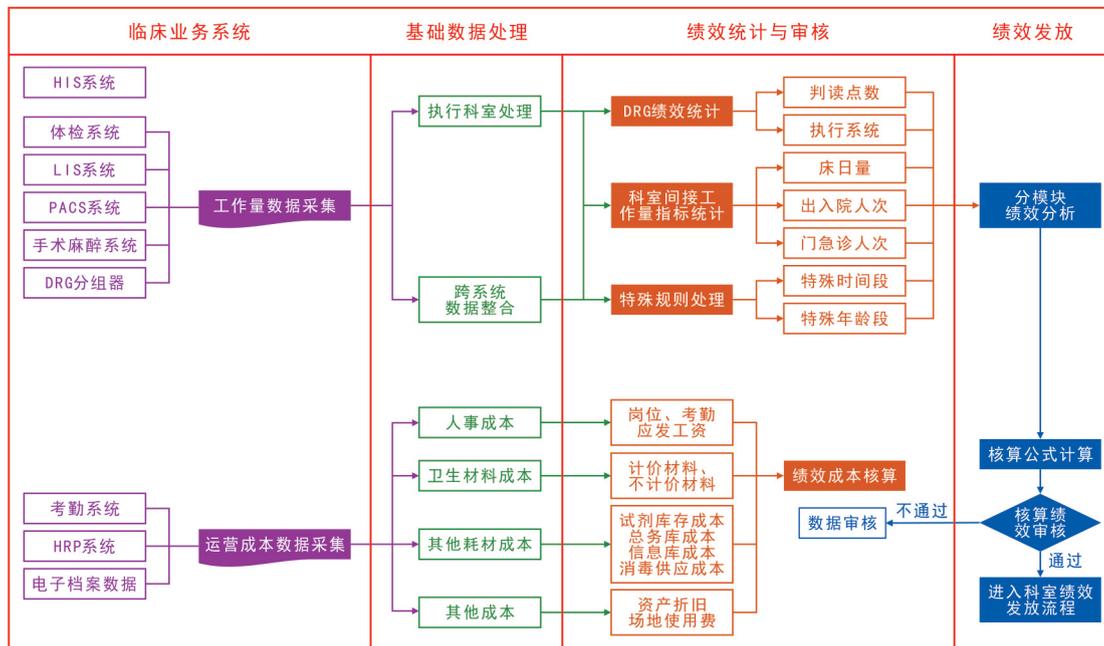


图 3 智能绩效管理系统核算流程图

表 1 医院 B 在 2019 年和 2021 年指标变化情况

维度	指标	2019 年 (实施前)	2021 年 (实施后)	变化率/%
医疗服务量	门急诊人次/人次	3 018 145	3 068 397	1.33
	住院人次/人次	83 033	97 246	17.12
	CMI	1.35	1.46	8.15
医疗服务效率	平均住院日/d	6.89	5.77	-16.26
医疗服务质量	死亡率/%	0.41	0.28	-31.71
	31 日再入院率(非计划重返) ^[8] /%	0.30	0.27	-10.00
运营绩效	绩效核算收入占比/%	55.3	56.8	2.71
	药占比/%	22.31	18.39	-17.57
	耗材占比/%	33.02	34.25	3.73

5 思考与展望

2019 年,国务院办公厅发布《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》(国办发〔2019〕4 号),旨在通过绩效考核引导公立医院实现高质量发展。对于医院而言,建立科学有效的激励制度,将职工目标、科室目标与医院总体目标保持一致至关重要。该院采用双 DRG 管理,形成了以保证质量、控制成本、规范诊疗行为、提高医务人员积极性为核心的科学绩效管理体系,实现了医保、医院、医生、患者多方共赢。

DRG 作为医疗服务绩效评

价^[8]、医保支付工具,在实现绩效分配的精细化管理中发挥着重要作用。但目前多个版本 DRG 功能侧重点不同^[9],需从医保支付、绩效评价两个角度选用适宜的 DRG 分组工具,建立兼顾医院内部管理和外部支付的双重 DRG 管理模式。该院合理运用 C-DRG 工具,按照 C-DRG 权重/分值对经济价值进行核算,控制医保资金使用,实现资金结余,合理分担超额支出。结合医院功能定位,使用 CN-DRG 对科室实行差异激励,并利用临床数据建立智能绩效管理系统,鼓励临床科室收治急危重症类疾病。

本研究中,医院 B 作为应用实践主体,其智能绩效拥有两层含义:其一,该院通过信息化手段构建直观、高效的绩效运营管理数字界面,使管理目标更加具象化,实现智能化绩效管理;其二,该院在充分考量政策因素与现代医院管理工具功能特点的前提下,基于适宜技术理论,结合自身运营实际,创造性提出根据不同 DRG 的功能特点进行对口应用,从而做出智慧的管理决策。这为当下以 DRG 为核心的现代医院管理工具精细化应用提供了一定参考。

国家医疗保障局发布的《关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48 号)明确提出,到 2025 年 1 月,全国所有医保签约机构都必须切实开展 DRG/DIP 支付。不仅如此,医疗大数据管理上,以 DRG/DIP 为代表的现代医院管理工具将成为“三位一体”智慧医院建设当中“智慧管理”维度的重要组成部分^[10]。该院也将继续优化内部 DRG 绩效考核机制和智能绩效管理系统,探索更加科学、有效、实用的绩效运营模式,以

更好地应对 DRG 付费改革。

说明:姚月宁、鲍伟为共同第一作者。

参考文献

[1] 黄巧红,樊云杰,董华娟,等.医院内部绩效改革对转变运行机制的影响分析[J].中国医院管理,2015,35(9):55-56.
 [2] 国务院办公厅.关于城市公立医院综合改革试点的指导意见:国办发〔2015〕38号[EB/OL].(2015-05-06)[2023-11-01].https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-05/17/content_9776.htm.
 [3] 钟婉婷,许昌,陈芸,等.以精细化视角探寻管理工具对绩效运营的影响[J].中国医院院长,2021,17(22):70-72.
 [4] 袁晓霞,杨威,李萌,等.基

于CiteSpace的DRG国内外研究现状及热点可视化分析[J].福建医科大学学报(社会科学版),2022,23(1):19-24.
 [5] 王珊,杨兴宇,郎婧婧,等.全国按疾病诊断相关分组收付费在 hospital 的应用探讨[J].中国医院管理,2017,37(6):5-7.
 [6] PARENTE SL, PRESCOTT EC. Barriers to technology adoption and development [J]. Journal of Political Economy, 1994, 102(2): 298-321.
 [7] 李浩,陶红兵. DRG 下低码高编的制度环境、逻辑动机及形成机制:一个“压力-矛盾”转移视角[J].社会保障研究,2022(6):64-77.
 [8] 许昌,钟婉婷,陶红兵,等.两种 DRGs 指标体系的绩效评价效果比较研究[J].中国卫生质量管理,2022,29(2):19-25.

[9] 刘瑶瑶,周典,田帝,等.医保、医管双视角下 DRG 在公立医院高质量发展中的协同效应探究[J].中国医院管理,2022,42(10):5-8.
 [10] 许昌,孙逸凡,董四平,等.智慧医院建设促进公立医院高质量发展的思考[J].中国医院管理,2023,43(1):10-13.

通信作者:

陈先祥:武汉市肺科医院院长
 E-mail:2272534937@qq.com
 许昌:北京大学深圳医院智慧医院研究院办公室主任
 E-mail:wanchang0421@sina.com

收稿日期:2023-12-11

修回日期:2024-01-20

责任编辑:黄海凤

(上接第72页)

Res, 2007,42(5):1999-2021.
 [8] SORRA JS, NIEVA VF. Hospital survey on patient safety culture [R]. Rockville: AHRQ Publication, 2004.
 [9] 张靖婧,焦明丽,刘鹤,等.中文版医院病人安全文化调查表条目的初步筛选[J].中国医院管理,2015,35(9):40-43.
 [10] 邓晓晓,席修明,崔颖,等.患者安全文化评价中文版中安全态度问卷的信效度分析[J].医学与社会,2015,28(10):57-60.
 [11] 肖清平.中文版护理院患者安全文化测评量表的编译及信效度研究[D].重庆:重庆医科大学,2016.
 [12] 李漓,刘雪琴.护理人员对医院患者安全文化的评估分析[J].中华护理杂志,2009,44(4):304-307.
 [13] 陈方蕾,周立.患者安全文化测评问卷的构建[J].解放军护理杂志,2009,26(1):1-4.
 [14] 许璧瑜,张晋昕,成守珍,等.医疗机构患者安全文化测评量表信度与效度研究[J].中华护理杂志,2010,45(9):840-842.
 [15] VINCENT C. Understanding and responding to adverse events [J]. N Engl J Med, 2003,348(11):1051-1056.
 [16] SHINER B, RONCONI JM, MCKNIGHT S, et al. Test-retest reliability

of the VA national center for patient safety culture questionnaire [J]. J Eval Clin Pract, 2016,22(6):985-989.
 [17] 中国医院协会.患者安全目标(2019版)[J].中国卫生质量管理,2019,26(4):130.
 [18] World Patient Safety Day 2023. Engaging Patients for Patient Safety [EB/OL].(2023-09-17)[2023-10-01].<https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023-engaging-patients-for-patient-safety.html>.
 [19] 吴明隆.问卷统计分析实务[M].重庆:重庆大学出版社,2010:207.
 [20] 王楠,安力彬,宋泽超,等.照顾者内疚感量表的汉化及在老年痴呆患者家庭照顾者中的信效度检验[J].中华护理杂志,2023,58(4):507-512.
 [21] 李丽君,段应龙,刘翔宇,等.癌症患者同伴支持量表的汉化及信效度检验[J].中华护理杂志,2023,58(3):374-379.
 [22] DE LUCA E, SENA B, CATALDI S, et al. A Delphi survey of health education system and interprofessional nurse role [J]. Nurse Education Today, 2021, 99: 104779.
 [23] 蔡婷婷,赵锡丽,柏莉.消毒供应中心护士循证实践能力量表的修订及信效度检验[J].循证护理,2023,9(3):483-488.
 [24] 吴明隆.SPSS统计应用实务[M].

北京:科学出版社,2003:12-119.
 [25] 林兴红.急诊心肌梗死患者抢救护理质量评价指标体系的构建及应用[J].护理实践与研究,2023,20(8):1256-1261.
 [26] 孔双春,陈玉琴,李玲,等.乳腺癌患者性生活满意度问卷的汉化及信效度检验[J].护理管理杂志,2022,22(10):754-758.
 [27] 刘彤,肖明朝,赵庆华.国际患者安全发展趋势分析及对我国的启示[J].中国卫生质量管理,2023,30(9):1-5.
 [28] LI CL, XU XF, HE LX, et al. Questionnaires measuring patient participation in patient safety - a systematic review [J]. Journal of Nursing Management, 2022, 30(7): 3481-3495.
 [29] 肖倩,温绣茜,汪静容,等.陕西省护士患者安全能力现状及影响因素调查[J].中国卫生质量管理,2023,30(2):49-54.
 [30] 刘彤,郑双江,刘璟,等.医务人员职业安全经济学研究进展与启示[J].中国卫生质量管理,2023,30(9):6-9,31.

通信作者:

王芳:东部战区总医院(南京大学医学院附属金陵医院)秦淮医疗区副院长
 E-mail:6764069@qq.com

收稿日期:2023-11-02

修回日期:2024-02-21

责任编辑:黄海凤